

SRE-C-23-01-0800

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: <u>C1012310123</u>		APPLICATION DATE: <u>21-01-2023</u> आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम <u>MMR. SAHOJ</u>		AGE-YEARS आयु-वर्ष <u>58</u>	SEX लिंग <u>F</u>	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कन्या का नाम <u>MR. PAVAN</u>				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता <u>House No 292 Nagah Road, Giam Lakhnau,</u> <u>Lakhnau MUSE, Saharanpur, Uttar</u> <u>Pradesh - 247551</u>		PASTE PHOTO HERE <u>PHEOP Post OP</u> <u>Sahoj (0123)</u>		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता <u>Same as above</u>				
OCCUPATION: व्यवसाय <u>HOUSE WIFE</u>		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय <u>53,000 (Family Income)</u>		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) <u>NA</u>		
PAN No. स्थाई खाता संख्या <u>NA</u>				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर चुकाते हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)		Yes / No हाँ / नहीं		
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
(1)	<u>Pavan</u>	<u>60</u>	<u>M</u>	<u>Husband</u>
(2)	<u>Devi Singh</u>	<u>30</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
(3)	<u>Amit</u>	<u>28</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
(4)	<u>Meenka</u>	<u>27</u>	<u>F</u>	<u>Daughter in law</u>
(5)	<u>Raavi</u>	<u>04</u>	<u>F</u>	<u>Grand daughter</u>
(6)	<u>Divyshi</u>	<u>02</u>	<u>F</u>	<u>Grand daughter</u>
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनोति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किन्ने गये निम्नी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
	<u>Diagnosis - RE - Senile cataract</u> <u>LE - Senile cataract</u>			
	<u>Surgery - LE - SICS with PMMA</u>			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लई गई सहायता राशी	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता दत्त "कोशिका फाउन्डेशन", से की जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रारूप में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि निरा सहायता हेतु यह प्रार्थना मेरी नहीं है, बल्कि यह आशिक या कर्मचारी द्वारा किये गये अन्य फंड/निर्भरता/बीमा कम्पनी से न हो सहायता है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्याताओं" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्याता, दान, वाचना/का दुसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा जो विवरण मैं इसमें घोषित कर रहा हूँ या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्याता अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्याताओं का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथन)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मामले/रोगी के "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उस रोगी/मामले में ली जा सके है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति प्राप्त की सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति अस्वीकार/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमसहायता किसी अन्य गैर सहायता संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सहायता संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई जांच या दिये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल की बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। हालांकि हस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

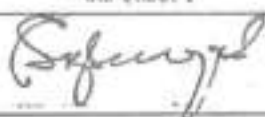
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 21-01-2023	MOHD. RAMEEZ REZA OPHTHALMOLOGY (MBBS) MDCC (RABIA) (Name of Dr. & Designation, Mo. No. & Stamp) डॉक्टर का नाम व डिजाइन, मो. नं. और स्टैम्प	Dr. Shruvank RANA (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉ. श्रुवंक राणा (नाम, डिजाइन और स्टैम्प के अधिकृत अधिकारी के नाम)
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

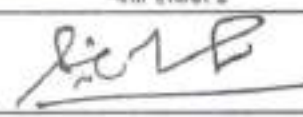
SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्याता हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्याता हस्ताक्षर 2





भारत सरकार
Government of India



सरोज
Saroj
जन्म तिथि/DOB: 01/01/1965
लिंग/SEX: FEMALE



5152 4102 1009

मेरा पहचान मेरी पहचान



व्यक्तिगत पहचान प्राधिकरण
Unique Identification Authority of India

Address:

W/O: Pawan, House No 292, Nagal
Road, Gram Lakhsaur, Lakhsaur
Muz., Saharanpur,
Uttar Pradesh - 247551

पता:

W/O: पवन, हाउस नं 292, नगल रोड,
ग्राम लखसौर, लखसौर मुस्.
सहारनपुर,
उत्तर प्रदेश - 247551

5152 4102 1009